

Résultats du
**Traitement du Cancer de l'Estomac
par Gastrectomie Subtotale**

à propos de 382 observations personnelles de M. le Docteur PEYCELON

THÈSE

PRÉSENTÉE

la FACULTÉ MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 7 Novembre 1955.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M^{me} Pierre BARNOLA (née Colette BAUR)

Née le 5 Avril 1923, à Sarrebrück.



BOURG
IMPRIMERIE BERTHOD

—
1955

**RÉSULTATS DU TRAITEMENT DU CANCER DE L'ESTOMAC
PAR GASTRECTOMIE SUBTOTALE**

à propos de 382 observations personnelles de M. le Docteur PEYCELON

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire
Doyen
Assesseur

M. J. LEPINE.
M. H. HERMANN.
M. J. GATE.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. NICOLAS, COLLET, CLUZET, BERARD, GUIART, PIERY, CADE,
PATEL, LEPINE, SAVY, TRILLAT, LERICHE, MOURIQUAND, MAZEL, LEULIER, GARIN.

PROFESSEURS :

Clinique médicale A
Clinique médicale B
Clinique chirurgicale A
Clinique chirurgicale B
Clinique ophtalmologique
Clinique urologique
Clinique et prophylaxie de la tuberculose
Clinique dermatologique et syphiligraphique
Clinique neuro-psychiatrique et Hygiène mentale
Clinique des maladies infectieuses et bactériologie
Clinique de chirurgie orthopédique et chirurgie infantile
Clinique gynécologique
Clinique obstétricale
Clinique stomatologique
Clinique médicale infantile et hygiène du 1^{er} âge
Clinique d'oto-rhino-laryngologie
Physiologie
Anatomie pathologique
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

MM. FROMENT.
P. RAYVAULT.
SANTY.
WERTHEIMER.
BONNET.
CIBERT.
DUFOURT.
GATE.
DECHAUME.
SEDALLIAN.
GUILLEMINET.
POLLOSSON.
PIGEAUD.
DUCLOS.
BERNHEIM.
MAYOUX.
HERMANN.
MARTIN J.-F.
PONTHUS.
(détaché à Beyrouth)
X...
ROCHET.
CHAMBON.
JOSSEMAND.
DELORE.
GABRIELLE.
CROIZAT.
ENSELME.
MALLET-GUY.
NOEL.
REVOL...
BOURRET.
ROCHE.
LEVRAT.
SOHIER.
JOURDAN.
NETIEN.
BERTRAND.
BADINAND.
DREVON.

Parasitologie et Pathologie exotique
Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
Chimie organique et Toxicologie
Pathologie générale et expérimentale
Hydrologie thérapeutique, Climatologie et écologie sociale
Anatomie
Pathologie interne
Chimie biologique et médicale
Pathologie chirurgicale
Histologie
Pharmacie galénique et matière médicale
Médecine du travail
Médecine légale et Déontologie
Thérapeutique
Hygiène et action sanitaire sociale
Biologie médicale et pharmacodynamie
Botanique et cryptogamie
Propédeutique chirurgicale
Chimie analytique pharmaceutique
Pharmacie et Pharmacologie

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Obstétrique M. BANSSILLON.
Physique biologique M. BERGER.

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Parasitologie	ROMAN.	Pharmacie galénique et ma-	
Parasitologie	COUDERT.	tière médicale	DORCHE.
Physiologie	CIER J.-F.	Pharmacie et pharmacologie..	CIER A.
Physiologie	CHATONNET.	Hygiène	BENAZET.
Chimie biologique et médicale	CREYSSSEL R.	Anatomie pathologique	FEROLDI.
Bactériologie	BERTOYE A.	Chimie organique et toxico-	
Anatomie	DUROUX.	logie	PERROT.

AGREGES EN EXERCICE

Pathologie médicale	MM.	Pathologie chirurgicale ..	SAUTOT.
Pathologie médicale	GALY.	Ophtalmologie	PAUFIQUE.
Pathologie médicale	GONIN.	Obstétrique	MAGNIEN.
Pathologie médicale	GUINET.	Obstétrique	MATHIEU J.
Pathologie médicale	PONT.	Obstétrique	BURTHIAULT.
Pathologie médicale	VIGNON.	Oto-rhino-laryngologie ..	GIGNOUX.
Pathologie médicale	REVOL.	Dermato-vénéréologie ...	THIERS.
Pathologie médicale	TRAEGER.	Urologie	PERRIN.
Pathologie chirurgicale ..	MANSUY.	Neuro-chirurgie	LECUIRE.
Pathologie chirurgicale ..	DARGENT.	Orthopédie	MARION Jos.
Pathologie chirurgicale ..	GUILLET.	Stomatologie	FREIDEL.
Pathologie chirurgicale ..	MARION P.	Electro-radiologie	PAPILLON.
Pathologie chirurgicale ..	MICHAUD.	Pédiatrie et puériculture..	FRANÇOIS.
Pathologie chirurgicale ..	JAUBERT de	Thérapeutique	Y...
	BEAUJEU.	Maladies infectieuses ...	X...

CHARGE DES FONCTIONS D'AGREGE

Médecine légale COLIN

CHARGES DES FONCTIONS DE MAITRE DE CONFERENCES - AGREGES

Histologie M. DUMONT. Physique biologique M. MORET.

JURY DE LA THESE :

M. le Professeur GABRIELLE, Président;
MM. PEYCELON, LATARGET, MICHAUD, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1955-1956 - N° 225

Résultats du
Traitement du Cancer de l'Estomac
par Gastrectomie Subtotale

à propos de 382 observations personnelles de M. le Docteur PEYCELON

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTE MIXTE de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 7 Novembre 1955.

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M^{me} Pierre BARNOLA (née Colette BAUR)

Née le 5 Avril 1923, à Sarrebrück.



BOURG

IMPRIMERIE BERTHOD

1955



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

Toute sa vie, elle a lutté pour maintenir les traditions familiales et nous élever dans l'esprit du chef de famille trop tôt disparu. Qu'ils soient à nouveau réunis dans ce témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A MON MARI

A MES ENFANTS

A MES FRERES ET SŒUR

A TOUS LES MIENS

A G. POPINGAS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GABRIELLE

Commandeur de la Légion d'honneur.

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Lyon.

Durant toutes nos études, nous avons pu apprécier sa bonté et la simplicité de son accueil.

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

Nous lui en exprimons toute notre reconnaissance et l'assurons de notre profond respect,

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PEYCELON

Il a bien voulu nous confier ce travail. Nous le remercions de sa bienveillance et le prions de bien vouloir trouver dans ces pages l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LATARGET

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MICHAUD

Nous avons pu, tant à la Faculté qu'à l'Hôpital, apprécier la valeur de leur enseignement.

Nous les remercions d'avoir accepté de faire partie de notre jury et les assurons de notre profonde gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR REPLUMAZ

Il a dirigé la marche de ce travail, nous aidant de ses conseils et de ses recherches personnelles.

Qu'il veuille bien croire à toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARNAY

Nous avons eu maintes fois l'occasion de travailler avec lui et avons pu ainsi mesurer l'ampleur de ses connaissances. Lui aussi nous a aidée dans l'élaboration de cette thèse et nous le remercions de la sympathie qu'il nous a témoignée.

A MESSIEURS LES DOCTEURS VERNAUD, GIGNOUX

Chirurgiens de l'Hôtel-Dieu de Bourg.

A MESSIEURS LES DOCTEURS CHAPUIS, LEGER,
CONFAVREUX, DUMONT

Médecins de l'Hôtel-Dieu de Bourg.

A MESSIEURS LES DOCTEURS PITRE ET MARTIN

O. R. L.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS

Radiologue.

Au cours de nos années d'Internat, ils nous ont fait part de leur expérience et de leur art, dans une atmosphère de cordiale bienveillance.

Qu'ils soient assurés de notre profonde et sincère reconnaissance.

A MES CAMARADES D'INTERNAT

INTRODUCTION

« Le cancer gastrique revêt une portée sociale considérable par sa très grande fréquence, par sa particulière gravité, par les difficultés de sa thérapeutique si souvent décevante; il n'est pas certain que les possibilités de la chirurgie moderne aient permis d'espérer souvent une guérison durable ».

BERTRAND et CREYSSEL.

— Traité de thérapeutique chirurgicale —

A cette phrase assez désabusée qui ouvre le chapitre du traitement du cancer de l'estomac dans le traité de thérapeutique chirurgicale de BERTRAND et CREYSSEL, la présente étude, qui n'a pas la prétention d'être un document original, mais seulement l'analyse des résultats de près de vingt années de pratique du Dr. PEYCELON, va essayer d'apporter une réponse.

Avant nous déjà, de nombreuses statistiques (et pour ne parler que des travaux Lyonnais, celles de LERICHE, DELORE, MALLET-GUY, BURLET, DESJACQUES et GILBERTAS) ont été publiées. Il nous a semblé intéressant de confronter au long de ces pages, leurs résultats et les nôtres.

Il n'est évidemment pas question de faire une exérèse limitée et « à la demande » d'un cancer gastrique sous prétexte qu'il est petit, mobile, et semble n'avoir pas d'extension lymphatique; ainsi que l'ont fait les

premiers chirurgiens qui se sont attaqués à la question (PEAN, 1879; BILLROTH, 1880). Seules actuellement peuvent se discuter : la gastrectomie subtotale, *ne demandant comme règle spéciale* que l'ablation systématique du tablier épiploïque après son décollement d'avec le mésocolon et un curage ganglionnaire aussi large que possible, et la gastrectomie totale qui fut tentée il y a 60 ans par CONNOR de Cincinnati, SHALTER de Zurich en 1897 et BROOKS BRIGHAM de San Francisco en 1898. Abandonnée par la suite, du fait d'une mortalité opératoire immédiate d'environ 50 %, ce sont les progrès faits par l'anesthésie et la réanimation qui lui ont permis de connaître depuis une dizaine d'années un regain de faveur.

Réservée d'abord aux cancers inextirpables par la gastrectomie subtotale (gastrectomie totale de nécessité) on a voulu l'étendre aux néoplasmes antro-pyloriques banaux (gastrectomie totale de principe) pour finalement l'élargir en y adjoignant un curage ganglionnaire régional avec ablation du mésogastre postérieur et de son contenu (gastrectomie totale élargie). C'est là la solution la plus audacieuse proposée par la chirurgie moderne. La raison de ces tentatives est la réputation d'inexorable gravité du cancer gastrique, qu'a exprimée en termes lapidaires un des protagonistes de la gastrectomie totale de principe : « les résultats actuels de la chirurgie du cancer gastrique sont si peu favorables que les malades soumis à la gastrectomie totale n'ont rien à perdre et tout à gagner. » (LAHEY).

Les partisans de cette technique s'appuient sur le fait que :

- 1°) Le cardia ne constitue pas une barrière au cancer.
- 2°) Il existe à distance sur l'estomac des essaimages lymphatiques expliquant la fréquence des récives sur

le moignon gastrique : 10 % pour ECKER, 5 % pour COLLER. (Nous verrons plus loin, dans l'étude de notre statistique personnelle, que cette récurrence sur le moignon restant n'a été observée qu'une seule fois, et peut par conséquent être considérée comme un argument de peu de valeur).

3°) Le curage ganglionnaire, en particulier cœliaque, est réalisé beaucoup plus complètement au cours de la gastrectomie totale (certains même, comme LORTAT-JACOB, fidèles aux principes de la carcinologie et allant jusqu'au bout de leurs opinions, préconisent la gastrectomie totale élargie systématique, enlevant toujours : mésogastre postérieur, rate, moitié gauche du pancréas et méso de l'artère hépatique). (A propos de 76 G. T. AUBERT, thèse, Paris, 1954).

Mais il s'agit là d'une opération extrêmement mutilante, ayant contre elle sa mortalité immédiate fort lourde et ses troubles post-opératoires importants (difficultés de digestion, anémie) et à l'heure où l'on pense que la gastrectomie totale assurerait peut-être des survies plus nombreuses, il nous a semblé intéressant de comparer nos résultats à ceux fournis actuellement par la gastrectomie totale.

STATISTIQUE DU SERVICE

La statistique que nous publions s'étend de 1930 à 1951 et concerne 382 cancers gastriques. Il s'agissait de 260 hommes et de 122 femmes, ce qui donne un pourcentage de 64,8 % d'hommes (DESJACQUES, dans la thèse de P. DESBORDES, a pratiquement le même taux : 65 %); l'âge moyen de nos malades était de 60 ans; 40 d'entre eux ayant en effet 70 ans ou plus.

I. — TAUX D'EXERESE

Parmi ces 382 malades : 6 purent bénéficier d'une gastrectomie totale, 164 d'une gastrectomie subtotale, ce qui fait que nous avons pu pratiquer 170 exérèses; chez les autres il a été fait : 103 laparotomies exploratrices et 109 interventions palliatives : gastro-entéro-anastomoses, gastrostomies... Le taux d'exérèse est donc de 44 %; ces chiffres sont pratiquement superposables à ceux des auteurs ayant établi comme nous des statistiques s'étalant sur une longue période : RANSOM 36,2 %, GUISS 40 %, BERKSON, WALTERS, GRAY et PRIESTLEY 47,8 %, DELANNOY 46,8 %.

Les possibilités chirurgicales actuelles ont évidemment augmenté ce taux d'exérèse de façon intéressante; ainsi JEMERIN et COLP ont divisé leur statistique en deux tranches, l'une s'étendant de 1938 à 1942 et ayant un pourcentage d'exérèse de 41 %, l'autre de 1943 à 1947 pendant laquelle le taux s'élève à 52 %; et récemment Alain MOUCHET a amené le coefficient de résectabilité à 60 %; DESJACQUES dans la thèse de P. DESBORDES publie une statistique de 319 observations de cancers gastriques pour lesquels il fut pratiqué 125 gastrectomies, soit un taux d'exérèse de 39 % pour une période allant de Novembre 1911 à Juillet 1954.

Ainsi dans le service il ne fut pratiquement exécuté que des gastrectomies subtotaux et nous négligerons l'étude des gastrectomies totales qui sont en trop petit nombre pour fournir un matériel valable.

II. — TECHNIQUE DE LA GASTRECTOMIE SUBTOTALE POUR CANCER

Il s'agit là de données extrêmement classiques que nous détaillerons peu.

L'exérèse pariétale doit être poussée très loin, aussi bien du côté duodénal que du côté gastrique.

Du côté duodénal, CASTLEMAN avait dès 1936 insisté sur l'invasion néoplasique inapparente et estimé la zone suspecte à réséquer à 3 centimètres au delà du pylore et BUISSET est encore plus sévère quand il écrit dans « le Scalpel » : « Si l'on veut appliquer à la chirurgie gastrique les règles de la chirurgie cancérologique, il est nécessaire de se rendre compte qu'une gastrectomie subtotale du type pratiqué dans l'ulcère est insuffisante dans un néo. Il faut pour le cancer réséquer largement le grand épiploon, élargir la section vers le haut et vers le bas. Il faut voir le cholédoque et c'est à ce niveau qu'on fera la section qui entraînera ainsi le tissu ganglionnaire rétro-pylorique et celui satellite de l'artère gastro-duodénale. Si on réalise que 20 % des récidives surviennent sur un moignon pylorique insuffisamment réséqué vers le bas, on comprendra que cette résection supplémentaire sera récompensée. » MAC NEER, quant à lui, estime la fréquence des récidives sur le moignon gastrique à 15 %; et c'est pour ne pas faire courir ce risque au malade qu'il faut être très large dans l'exérèse des éléments de cette région.

Du côté gastrique, il faut pousser très loin vers l'œsophage la libération de la petite courbure, zone de prédilection de l'invasion néoplasique sous-muqueuse; le moignon gastrique restant est de dimension fort réduite et apparaît, au contrôle radioscopique post-opératoire, entièrement caché sous les fausses côtes.

L'exérèse lymphatique doit suivre les règles fixées par CUNÉO et enlever en bloc avec l'estomac : le grand épiploon et le pédicule lymphatique satellite de l'artère coronaire stomachique qui aura été sectionnée au ras de la région cœliaque et non contre l'estomac.

Pour le rétablissement de la continuité il n'a pas été suivi de règles fixes et une conduite opportuniste a été adoptée selon les conditions locales; néanmoins c'est le plus souvent selon le procédé de POLYA, plus rarement selon le procédé de BILLROTH II que fut résolu ce dernier temps.

III. — REPARTITION EN FONCTION DE L'ÂGE

Sur nos 164 gastrectomies subtotaies, nous avons observé que :

9,5 %	des malades	avaient entre	40 et 50 ans
15 %	—	—	50 et 60 ans
29,8 %	—	—	60 et 70 ans
36 %	—	—	60 et 70 ans
9,6 %	—	étaient âgés de	plus de 70 ans.

Parmi eux, il y avait 57,45 % d'hommes. Ainsi qu'on le voit, le cancer gastrique frappe l'homme plus que la femme, mais en comparant ce taux d'exérèse chez l'homme au taux de dépistage que nous avons énoncé plus haut, nous constatons que proportionnellement plus de femmes ont pu bénéficier d'une opération à prétention curatrice; il semble donc, à première vue, que le cancer gastrique est d'une part plus rare chez la femme et d'autre part d'un meilleur pronostic. (DESBORDES étudiant les statistiques du service du Dr. DESJACQUES aboutit aux mêmes conclusions, puisqu'il observe que sur le total des observations, il y a 65 % d'hommes, alors qu'il n'y a que 53,5 % d'entre eux qui furent gastrectomisés). L'âge critique se situe entre 50 et 70 ans avec une nette prédominance pour la période de 60 à 70 ans (36 % des malades).

IV. — TAUX DE MORTALITE

Le taux de mortalité immédiate est de 30 %, soit 49 morts post-opératoires sur 164 gastrectomies subtotaies.

Chronologiquement, cette mortalité se décompose de la façon suivante :

Choc opératoire immédiat ou chronique irréversible amenant la mort du 1 ^{er} au 10 ^e jour ...	17 cas
Hyperthermie post-opératoire survenant du 2 ^e au 5 ^e jour et d'évolution irréductible	7 cas
Complications locales traduisant la désunion des sutures gastro-jéjunales ou de la tranche de section duodénale survenant du 6 ^e au 20 ^e jour (2 fistules duodénales, 4 désunions gastro-duodénales)	6 cas
Complications pulmonaires à type de pneumonie ou de broncho-pneumonie entraînant une issue fatale entre le 6 ^e et le 20 ^e jour	5 cas
Embolies pulmonaires terrassant le malade en apparence guéri du 8 ^e au 12 ^e jour	4 cas
Dénutrition progressive survenant chez des malades qui n'ont pas pu faire les frais de l'intervention et entraînant la mort par inanition du 30 ^e jour au 50 ^e jour	3 cas
Causes inconnues	7 cas

Ce taux de mortalité est assurément lourd comparé à certaines statistiques plus récentes (LAHEY 9,2 %, PACK

9,8 %, QUENU et PERROTIN, 3 dernières années, 10 %, RUDLER 12 %, TAYLOR 13,8 (%). Mais là encore, on observe le même phénomène qui a déjà été noté pour le taux de résectabilité, et les statistiques portant sur une période étendue mentionnent des chiffres beaucoup plus importants et superposables aux nôtres : GUISS 29,7 %, DESJACQUES 30 %, HARNETT 25,4 %, QUENU et PERROTIN (statistique globale) 24 %.

Deux raisons peuvent expliquer une mortalité aussi lourde en plus du fait que notre statistique est établie en majeure partie sur une période antérieure aux antibiotiques et à la réanimation :

1°) en 1952, 1953, nous avons eu à déplorer 7 décès dans un syndrome d'hyperthermie précoce se déclenchant du 2^e au 4^e jour, dont l'origine mystérieuse, soit-disant diencéphalique, laissait fort peu de recours aux thérapeutiques médicales. Depuis, la recherche d'une anesthésie plus superficielle, les ionogrammes et l'équilibration hydrique systématique de nos opérés, dans les suites immédiates, ont fait que nous n'avons plus observé cette complication léthale;

2°) Enfin la cause qui nous semble la plus importante réside dans le fait que nous avons rarement renoncé, lorsque les conditions locales le permettaient, à faire bénéficier nos malades d'une gastrectomie subtotale, même s'il s'agissait de personnes âgées, dénutries ou cachectiques. Cette attitude explique les 17 morts par choc immédiat ou chronique irréversible qui grèvent lourdement notre mortalité; mais il nous a semblé qu'il fallait donner au malade quel qu'il soit, son maximum de chances de survie, une fois posé le diagnostic d'une maladie qui laissée à elle-même ne peut être que fatale à brève échéance.

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
1. ROT... 60 ans	Mandarine prépylorique mobile	»	Pas de ganglions	Epithélioma atypique sécrétant mucoïde	7-10-52 Polya	Va bien
2. PAR... 32 ans	Enorme néo prépylorique	»	»	Néo végétant	5-5-52 Polya	Décédé le 22-2-54 métastase hépatique
3. PIG... 64 ans	Néo prépylorique	»	envahis	Epithélioma spino-cellulaire	8-12-52 Polya	Décédé 8-53 généralisation
4. POL... 55 ans	Volumineux néo prépylorique mobile	»	»	Néo ulcéré épithélioma métav-pique	2-4-53 Polya	Décédé quelques mois plus tard
5. PAT... 65 ans	Ulcération prépylorique	»	»	Epithélioma métatypique	13-2-54 Polya	Perdue de vue
6. TOG... 38 ans	Néo face ant. de l'antre	Section à 1 cm. de l'ulcération	»	Ulcération 8 cm. X 4 cm.	30-12-31 Billroth II	Décédée 3 mois plus tard asystolie
7. PLA... 63 ans	Néo prépylorique = mandarine	»	Ganglions pyloriques	Ulcération de tout l'antre	9-6-36 Polya	Décédé depuis plusieurs années
8. MAR... 63 ans	Partie basse de la G.G. adhérente au mésocolon	»	»	Néo ulcéré = pièce de 5 frs	31-1-39 Polya	Décédé date inconnue
9. CEC... 42 ans	»	»	»	Ulcération = 2 fr. Cancer ulcéro-forme	1-5-39 Polya	Va bien

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
10. GOV... 51 ans	Volumineux néo-prépylorique	»	Ganglions pyloriques	Ulcération pré-pylorique épithélioma	12-12-38 Polya	Va bien
11. CAB... 60 ans	Néo de l'antre	Infiltration P.C.	Ganglions	Néo infiltrant	15-9-40 Polya	Généralisation ascite mort en 41
12. PAT... 58 ans	Mandarine prépylorique fixée	»	»	Ulcération = pièce 2 fr. épithélioma typique	11-1-51 Polya	Va bien
13. BRL... 47 ans	Tumeur partie basse P.C.	»	Ganglions envahis	Forme orange épithélioma atypique	21-3-51 Polya	Décédé date inconnue
14. PAL... 59 ans	Tumeur prépylorique = mandarine	»	»	Ulcération = 1 F. épithélioma atypique	22-5-51 Polya	Va bien
15. GUI... 49 ans	Néo prépylorique	»	»	Orange prépylorique	13-7-51 Polya	Décédé le 29-10-53
16. CHU... 67 ans	Orange prépylorique	»	+	Végétant région prépylorique atypique	17-7-51 Polya	Décédé 8 mois plus tard
17. ROC... 48 ans	Tumeur = orange partie haute P.C. + tumeur fille prépylorique	»	Non envahis histo	Végétant épithélioma typique	26-10-51 Polya	Décédée le 22-9-53
18. CAN... 60 ans	Antre mobile	»	Ganglions sus-pyloriques	Epithélioma atypique	5-9-51 Polya	Décédée le 6-7-52

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
19. POR... 30 ans	Estomac sans grandes lésions	»	»	Infiltration sus- pecte de la muqueuse épithé- lioma de surface	17-11-51 Polya	Va bien
20. BOU... 53 ans	Orange prépy- lorique	»	»	Epithélioma métatypique	2-4-52 Polya	Va bien
21. AFR... 51 ans	Orange prépy- lorique mobile	»	»	Ulcère épithé- lioma atypique	17-4-52 Polya	Revue le 20-9-54; ascite ictere sub- occlusion du gros
22. DEV... 44 ans	Aspect ulcère de l'angulus	»	»	Epithélioma glan- dulaire typique au début de la muqueuse	14-10-52 Polya	Va bien
23. GRN... 41 ans	Orange prépy- lorique mobile	»	»	Epithélioma atypique	17-10-52 Polya	Va bien
24. PAT... 58 ans	Mandarine pré- pylorique fixée	»	»	Ulcération = 2 f. épithélioma typique	11-1-51 Polya	Va bien
25. BRU... 47 ans	Néo partie basse de la P.C. = forme grosse orange	»	+	Epithélioma typique	21-3-51 Polya	Décédé date inconnue
26. ROU... 69 ans	Induration partie basse de l'es- tomac	»	»	Ulcération irrégulière épithé- lioma métaty- pique	25-3-48 Polya	Décédée le 6-11-52 généralisation

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
27. PIA... 57 ans	Volumineux ulcère P.C.	»	»	Ulcère suspect Épithélioma typique	10-3-48 Polya	Décédé le 29-11-49
28. PON... 55 ans	Volumineux néo pylorique	»	+	Ulcération végétante épithélioma très atypique	26-5-48 Polya	Décédé le 19-8-50
29. BEL... 78 ans	Néo partie basse P. C.	»	»	Épithélioma	29-9-48 Polya	Décédée en 9-52
30. CRE... 55 ans	Mandarine pylorique	»	»	Néo ulcéré prépylorique	23-10-48	Revue le 10-1-49 masse de l'hypochondre gauche Va bien
31. ROU... 63 ans	Tumeur suspecte pylorique	»	»	Ulcération = 1 fr. en voie de dégénérescence	18-12-48 Polya	
32. MAC... 44 ans	Induration prépylorique	»	»	Ulcération prépylorique = 1 fr. épithélioma métatypique	10-3-51 Polya	Va bien
33. DEP... 65 ans	Néo de l'antré = poing	»	»	Bourgeonnement région antre	29-10-49 Polya	Va bien digestions faciles
34. GUI... 55 ans	Ulcère calleux perforé	»	»	Ulcération perforée épithélioma	22-11-49 Polya	26-4-50, récidive péritonéale noyaux hépatiques Bon état
35. RIC... 36 ans	Néo prépylorique mobile = noix	»	+	Néo ulcéré épithélioma métatypique	18-2-50 Polya	

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
36. RYC... 60 ans	Néo prépylorique = mandarine	»	+	Néo ulcéré prépylorique épithélioma métaplasique	10-11-50 Polya	Décès en 7-51 généralisation
37. COR... 75 ans	Tumeur prépylorique sténosante = mandarine	Végétation sur péri-toine	»	Tumeur infiltrante, épithélioma métaplasique	7-2-50 Polya	Bon état
38. PAR... 32 ans	Tumeur prépylorique = poing	»	»	Epithélioma colloïde	27-6-50 Polya	18 mois après, gastrectomie ; occlusion récidive iléale, iléostomostomie métagastrectomie
39. PRO... 56 ans	Volumineux néo-pylorique	»	Ganglions sous pyloriques envahis	Epithélioma typique	26-6-50 Polya	Va bien
40. PH... 80 ans	Néo prépylorique = mandarine	»	Ganglions sous pyloriques	Néo ulcéré entourant le pylore épithélioma atypique	8-7-50 Polya	Perdue de vue
41. MA... 44 ans	Néo prépylorique	»	»	Néo ulcéré = pièce 2 fr. épithélioma atypique	4-7-50 Polya	Bon état
42. CL... 61 ans	»	»	»	Néo végétant face postér. Estomac épithélioma atypique et métaplasique	22-12-50 Billroth	Bon état

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
43. DUC... 55 ans	Lésion de la partie basse de la P.C.	»	»	Ulcération indurée = pièce de 25 fr., épithélioma typique	14-9-48 Polya	Va bien
44. BER... 66 ans	Tumeur prépylorique = mandarine	»	Pas de ganglions	Ulcération colloïde	12-10-48	Revu le 16-1-50
45. VAL... 63 ans	Mandarine prépylorique	»	Pas de ganglions	Tumeur d'Herxheimer	4-12-48 Polya	Décédé le 6-8-50
46. FAU... 52 ans	Mandarine antrale	»	»	Néo ulcéré	19-2-49 Polya	Décédé le 3-52 ascite
47. SYR... 45 ans	Néo pylorique métastases hépatiques	»	Gros ganglions	Néo végétant	28-2-49 Polya	Revu le 23-5-49 amaigrissement diarrhée
48. LAC... 65 ans	Néo antral fixé au transverse et à son méro	»	Non	Néo ulcéré épithélioma anaplasique	31-3-49 Polya + Colectomie Seguen-taire Cœcostomie	Décédé le 28-6-49
49. NAD... 69 ans	Masse sur la partie haute de la P.C.	Infiltration des parois	»	Epithélioma plan ulcéré à son début	17-5-49 Polya	Va bien
50. GON... 66 ans	Volumineux néo partie inf. de la P.C.	Infiltration	Ganglions	Orange infiltrante Herxheimer	7-6-49 Polya	Décédé le 9-7-49

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
51. CHA... 47 ans	Tumeur antrale ganglions sous pyloriques	»	+	Ulcération = 3 cm., épithé- lioma atypique ganglions envahis	29-7-49 Polya	18-4-50, métas- tase hépatique
52. NER... 53 ans	Estomac sain d'apparence petite zone suspecte P.C.	»	»	Ulcération sur face région pré- pylorique, épithé- lioma typique	13-10-49 Polya	Va bien Constipation
53. CHA... 66 ans	Enorme néo pré- pylorique mobile	Infiltration des parois	Pas de ganglions	Néo ulcéré épithélioma	22-9-47 Polya	Va bien
54. PHL... 50 ans	Néo prépylorique = mandarine	»	»	Ulcération = pièce 2 frs épithélioma métatypique	27-10-47 Polya	Décédé en 2-50
55. MOU... 54 ans	Tumeur prépylo- rique = grosse noix	»	»	Ulcération prépy- lorique épithé- lioma typique	20-12-47 Polya	Va bien 5 ans Juillet 53 ; ictere Août 53 ; décès
56. ALO... 51 ans	= mandarine prépylorique mobile	»	Pas de ganglions	Gros ulcère végé- tant, épithélioma atypique	10-12-47 Polya	Va bien
57. DAM... 53 ans	= petite manda- rine pylorique	»	Pas de ganglions	Ulcère de 3 cm. × 1 cm. aspect douteux épithé- lioma atypique	12-6-47 Polya	Perdue de vue
58. POÜ... 69 ans	Gros néo = 2 poings adhé- rent au méso- colon	»	Lymphati- ques sus- pects de la P.C.		3-4-48 Polya	Décédée date inconnue

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
59. IRE... 69 ans	Néo prépylorique	»	Ganglions sous-pyloriques coronaires et prépyloriques Nombreux ganglions coeliaques et pancréatiques	épithélioma typique ganglions envahis	11-6-48 Polya	Perdue de vue
60. SEI... 63 ans	Néo P.C.	»		épithélioma atypique	3-7-48 Polya	Décédé le 13-3-49 métastase vertébrale
61. GRA... 68 ans	Volumineux néo de l'antré adhérent face inf. du foie Néo de l'antré = poing	»	Ganglions de la P.C. »	Gros néoplasme ulcéré épithélioma typique	22-7-48 Polya	Revu le 5-3-51 bon état depuis perdu de vue
62. CHA... 28 ans		»		Epithélioma colioide ganglions envahis	7-9-48 Polya	Décédé le 29-11-50
63. FOU... 58 ans	Mandarine prépylorique	»	»	Tumeur végétante	8-1-47 Polya	18-12-47 : laparatomie = récidive ganglionnaire rétro-pancréatique Décédée le 20-4-48
64. RAY... 51 ans	Tumeur de la partie moyenne de l'estomac et tumeur de l'ovaire	Infiltration de la P.C.	?	Ulcération néoplasique	5-6-47 Castration 19-9-47 Billroth	

Num et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
65. GEM... 35 ans	Volumineux néo prépylorique	»	Envahis	Epithélioma typique ganglions envahis	20-9-47 Polya	Décédé le 18-11-47 métastases
66. PAQ... 33 ans	Sténose manda- rine prépylo- rique très mobile	»	»	Sténose ulcérée du pylore, épithé- lioma typique	18-11-47 Polya	29-8-49 ; ascite + Kruckenberg, bilatéral hysté- rectomie 1-9-49 Décédé le 23-6-50
67. FRA... 55 ans	Petite tumeur pylorique = noix	»	»	Epaississement du canal, épithé- lioma métaty- pique	7-1-47 Polya	Perdue de vue
68. BER... 65 ans	Néo partie moy estomac	»	Ganglions P. C.	Néo ulcéré épithélioma	11-5-47 Polya	Décédé le 21-11-47
69. GOU... 52 ans	Néo partie basse de la P.C.	»	Ganglions pyloriques	Néo de la région prépylorique épithélioma métatypique	1-5-47 Polya	Va bien
70. DUB... 52 ans	Tumeur prépy- lorique	»	Pas de ganglions	Ulcération = pièce de 1 fr. épithélioma atypique	11-7-47 Polya	Décédé le 30-6-48 récidives
71. BES... 55 ans	Néo de l'antre mobile	»	Ganglions de voisi- nage	Néo ulcéré épithélioma atypique	21-6-47 Polya	Va bien, diges- tions normales

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
72. CER... 63 ans	Néo prépylorique = orange	»	»	Néo ulcéré épithélioma atypique	4-10-47 Polya	Décédé le 20-2-52 perforation intestinale
73. CHA... 72 ans	Sténose-mandarine circulaire mobile	»	»	Virole ulcérée épithélioma colloïde	11-9-45 Polya	Décédé le 1-10-45
74. BON... 71 ans	Volumineux néo partie haute P.C.	»	»	Ulcération = pièce 5 frs épithélioma	1-12-48 Polya	Perdue de vue
75. VIN... 58 ans	Néo prépylorique	»	Pas de ganglions	Néo ulcéré et circulaire	28-2-46 Polya	20 mois bon état 25-1-49 ; décès
76. THE... 58 ans	Induration prépylorique	»	»	Infiltration prépylorique, épithélioma colloïde	9-5-46 Polya	Décès en 1954
77. REY... 69 ans	Tumeur prépylorique	»	Ganglions le long de la coronaire	Ulcère partie basse de la P.C.	27-4-46 Polya	Décédé le 24-9-46
78. GUL... 72 ans	Sténose virole prépylorique	»	Pas de ganglions	Néo ulcéré du pylore	6-11-46 Polya	Décédé le 6-1-47
79. BOL... 37 ans	Induration P.C.	»	»	Ulcération sur zone indurée épithélioma atypique	7-9-46 Polya	En 1947, excellent état Décès le 7-3-50
80. LEN... 43 ans	= mandarine prépylorique mobile	»	»	Ulcération indurée, épithélioma colloïde	5-10-46 Polya	Décédé le 1-7-48 généralisation

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
81. BIA... 54 ans	= orange partie moyenne P.C.	»	Non envahis	Ulcération de 10 cm. de diam. épithélioma typique	24-10-46 Polya	Va bien
82. GIL... 59 ans	Volumineux néo prépylorique	Grefte pa- riétale haut situé	Non envahis	Epithélioma ulcéré Epithélioma typique	19-12-46 Polya	Perdue de vue
83. WO... 71 ans	Volumineux néo prépylorique	»	Nombreux ganglions coeliaques envahis	Ulcération	30-7-41 Polya	Perdue de vue
84. FAX... 73 ans	Sténose pylo- rique = poing prépylorique	»	Ganglions S pylori- ques et rétropan- créatiques envahis	»	23-9-41 Polya	Décédée le 26-12-41
85. NOB... 55 ans	Ulcère face post. pylore	»	»	Ulcère calleux zone de dégéné- rescence épithé- liale nette	15-12-41 Polya	Décédé le 2-12-45
86. BER...	Volumineux néo de l'antre	Grosse in- filtration des parois	Ganglions coeliaques envahis	Volumineux ulcération	20-12-41 Polya	Revue le 10-8-42 ascite, œdèmes masse pelvienne
87. AU... 60 ans	Néo volumineux adhérent	Infiltration P. C.	»	Énorme infiltra- tion des parois	9-2-42 Polya	Décédé en décembre 42

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
88. AL... 58 ans	Néo prépylorique = orange	»	Ganglions sous pyloriques	Néo ulcéré face post antre	7-4-42 Polya	Décédé en décembre 44
89. DEN... 62 ans	Volumineux néo partie moyenne P. C.	infiltration P. C.	»	Epithélioma colloïde	15-5-42 Polya	Le 22-10-42 : ré- cidive pariétale digestions diffi- ciles
90. WAL... 60 ans	Ulcérø partie basse de la P.C.	»	»	Ulcère = pièce de 0.50 fr., épi- thélioma atypique	30-6-42 Polya	Décédé à date inconnue
91. Roc... 55 ans	Mandarine pré- pylorique	»	Ganglions pyloriques non envahis	Ulcération = pièce de 20 frs face post antre épithélioma atypique	25-7-44 Polya	Réopérée le 20-6-46 pour éventration Va bien
92. Cha... 55 ans	Mandarine pré- pylorique	»	»	Infiltration lar- daccée = 2 cm. épithélioma colloïde	7-3-45 Polya	6-4-46 : œdèmes jambes 1-47 : décédé
93. ALI... 57 ans	Mandarine pré- pylorique encore mobile	Granula- tion sur péritoine	»	Ulcère végétant = 20 frs	23-9-53	Va bien

Nom et Age	Aspect général	St. pariétal	Ganglions	F. Anatomique	Procédé	Evolution
94. LAG... 59 ans	Induration cal- leuse de la P.C. (partie supé- rieure)	»	»	Double ulcé- ration	25-9-53 Polya	Va bien
95. ANS... 60 ans	Néo partie haute P.C. = orange	»	»	Ulcéro végétant 1/2 paume, épi- thélioma à peti- tes vésicules	13-10-53 Polya	Va bien
96. BAR... 61 ans	Néo prépylorique = poing	Bourgeon péritonéal	»	Néo ulcéro-végé- tant de la région de l'antre, épi- thélioma typique	2-12-53 Polya	Va bien

V. — RESULTATS ELOIGNES DE LA GASTRECTOMIE SUBTOTALE POUR CANCER

Les résultats éloignés présentant à nos yeux tout l'intérêt de cette étude ayant pour but de juger les résultats de la gastrectomie subtotale, nous nous sommes particulièrement attachés à leur recherche.

De façon rigoureuse, nous avons écarté toutes les observations de survie pour lesquelles, le contrôle histologique manquant, un doute pouvait planer sur la réalité du cancer gastrique même affirmé de façon formelle par les constatations macroscopiques peropératoires. Nous n'avons donc conservé pour les cas favorables que les malades contrôlés histologiquement, par contre, lorsque, dans les mêmes conditions, l'évolution vers un processus de généralisation ou une récurrence signalait de façon indubitable la nature maligne de l'affection gastrique, nous avons intégré le malade à notre statistique. Ainsi donc, avons-nous éliminé de nos calculs 20 malades qui n'avaient pas eu d'examen microscopiques, l'origine néoplasique de leur affection ne faisant absolument aucun doute. Parmi eux cependant plusieurs ont eu des résultats éloignés extrêmement satisfaisants; mais il ne nous aurait pas semblé rationnel de les compter avec les autres. C'est donc sur 95 cas, histologiquement contrôlés ou ayant prouvé de façon formelle la nature maligne de leur affection que se basera l'étude qui va suivre.

D'autre part, tous les malades perdus de vue ont été mis

au passif de la méthode à la date même où ils ont été perdus de vue. Enfin, nous n'avons considéré comme des survies valables que celles des malades ne présentant aucun signe apparent de récurrence ou de métastase à l'échéance envisagée.

Suivant ces directives, notre statistique a été établie de façon très rigoureuse.

Tous les cas où un doute favorable pouvait planer ayant été éliminés, elle doit même donner une impression plus pessimiste que ne l'est la réalité, tout en offrant toute garantie de véracité cependant.

Soulignons que du fait du nombre relativement important des malades observés, les pourcentages obtenus sont valables puisque le pourcentage d'erreur, calculé suivant la formule classique :

$$\rho = \sqrt{\frac{p + q}{n}}$$

(ρ = coefficient d'erreur, p = pourcentage de survie, q = pourcentage de décès, n = nombre total de cas) ne dépasse pas 5 %.

Résultats.

Parmi les observations de malades résumées dans les tableaux ci-contre :

65 ont plus de 5 ans de recul

72 ont plus de 4 ans de recul

82 ont plus de 3 ans de recul

89 ont plus de 2 ans de recul

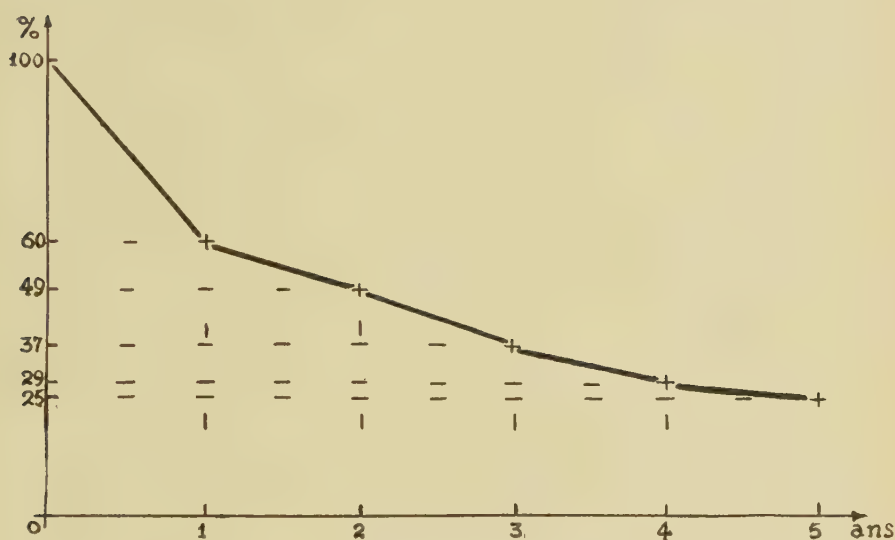
95 ont plus de 1 an de recul.

Lorsque nous avons essayé de retrouver les survivants, nous étions persuadés, ainsi que l'écrivent QUENU et

PERROTIN « de ne trouver qu'un très petit nombre et un infime pourcentage de malades en vie après 5 ans » (120 gastrectomies pour cancer dont 20 totales).

En réalité, les résultats ne sont pas aussi défavorables que nous le supposions, et nous comptons :

57	survies sans récidives ni métastases depuis 1 an	: 60 %
43	—	—
30	—	—
21	—	—
16	—	—
	2 ans	: 49 %
	3 ans	: 37 %
	4 ans	: 29 %
	5 ans	: 25 %



Le graphique ci-contre donne l'allure de la courbe résumant ces chiffres. Il permet de voir qu'il y a dans la première année post-opératoire une chute brutale de la courbe qui se redresse progressivement pour devenir presque horizontale vers la 5^e année. Mais, comme l'on s'en doute, l'échéance toute arbitraire de 5 ans n'est évidemment pas une garantie de guérison totale, puisque nous avons eu 3 décès ultérieurs survenus après 6, 7 et 11 ans

de guérison apparente. Quand à nos plus longues survies, elles sont de 16 ans (N° 10), 14 ans (N° 9) et 11 ans (N° 91); ces malades ne présentant aucun signe de récurrence, peuvent être considérés comme pratiquement guéris.

Nos résultats sont absolument comparables à ceux que nous avons relevés dans la littérature récente :

PACK rapporte 2 survies de 22 ans après Billroth II, DESJACQUES une survie de 12 ans après Billroth II également. Ainsi la gastrectomie subtotale est capable de fournir des survies prolongées; quant aux résultats globaux de survie éloignée, ils ne sont pas plus optimistes dans notre statistique que dans celles rapportées récemment :

DESJACQUES	25	%	survie d'au moins 3 ans		
TROELL	23	%	—	—	5 ans
BROW et KANE	25,8	%	—	—	—
QUENU et PERROTIN ..	26	%	—	—	—
KIRSCHNER et GARLOCK	27,6	%	—	—	—
ANTHUN	28	%	—	—	—
RANSOM	30	%	—	—	—
SAFAR et CLIFTON ...	39,3	%	—	—	—

Ainsi donc, se basant sur de tels chiffres, on peut écrire que la gastrectomie subtotale semble pouvoir donner une survie de 5 ans dans 25 à 35 % des cas environ, ce qui n'est pas négligeable.

D'autre part, soulignons que cette opération fournit au malade un confort digestif suffisant pour que dans aucune des réponses que nous avons reçues ne soit mentionné un syndrome carentiel ou quelque difficulté d'alimentation normale. Bien au contraire, certains y faisaient de pittoresques allusions aux réveillons de fin d'année auxquels ils avaient participé.

VI. — ELEMENTS DU PRONOSTIC ELOIGNE

Nous avons essayé de définir les facteurs sur lesquels on pouvait se baser pour formuler un pronostic post-opératoire :

1°) **Le type histologique** de la tumeur ne nous a pas semblé un test valable; il n'y a guère qu'une certitude dans ce domaine; la gravité constante des épithéliomas colloïdes; aucun de nos opérés porteurs d'une tumeur de ce type n'a eu une survie supérieure à 2 ans.

2°) **L'âge** a son importance; là comme ailleurs, les néoplasmes du jeune semblent d'une effroyable gravité et parmi nos malades ayant moins de 35 ans et opérés depuis plus de 5 ans on ne trouve aucune survie actuelle.

3°) **Le sexe** nous a semblé influencer sur le pronostic de façon notable. Le taux de survie de 5 ans chez l'homme est de 33 %, alors que chez la femme il n'est que de 9 %. De même, le taux de survie de 4 ans est de 38 % chez l'homme et seulement de 15 % chez la femme. Mais peut-être ne s'agit-il là que d'une coïncidence; en effet BERKSON, WALTERS, GRAY et PRIESTLEY estiment, après avoir étudié la statistique de la Mayo Clinic portant sur le chiffre considérable de 9.620 malades, que le cancer gastrique est plus favorable chez la femme que chez l'homme. C'est la même impression que l'on retire de la lecture de la statistique du Pr. DESJACQUES (thèse de P. DESBORDES) qui étu-

diant les survies de 3 ans et plus chez les malades opérés dans leur service, donnent un taux global de 25 % se décomposant en 21 % chez l'homme et 27 % chez la femme.

4°) **La forme anatomique** a elle aussi son importance. L'ulcéro-cancer est en effet, de façon incontestable, d'un meilleur pronostic que les formes végétantes ou infiltrantes; parmi nos malades opérés avec le diagnostic clinique d'ulcère de la petite courbure et chez qui l'examen histologique a montré qu'il s'agissait en réalité d'un épithélioma, nous avons compté 4 survies de 5 ans sur 8 malades ayant un recul de 5 ans et 7 survies de 3 ans sur 14 malades ayant un recul de 3 ans. Cette notion classique de la bénignité relative du cancer ulcéroforme a été récemment soulignée par différents auteurs (BROWN et KANE : 57 % de survies de 5 ans, RANSOM 38,9 % de survies de 5 ans). Les formes sténosantes, contrairement à ce qui était admis jadis, ne sont pas d'un pronostic spécialement défavorable et en aucun cas ne sont-elles une contre-indication d'exérèse.

5°) **L'envahissement ganglionnaire** par contre est d'un pronostic particulièrement défavorable.

Sur 28 cancers de l'estomac ayant des ganglions envahis nous n'avons que 4 survies de 5 ans, soit 14 %. Ce taux est superposable à celui que donne RANSOM pour de tels malades, qui est de 16 % de survies de 5 ans; quand à QUEST et PERROTIN ils n'ont aucune survie de 5 ans sur 14 malades présentant des néoplasmes avec envahissement ganglionnaire.

VII. — CAUSES DE LA MORTALITE ELOIGNEE

De même qu'il nous a semblé intéressant de connaître le taux de survie de nos malades, de même nous a-t-il semblé instructif de chercher de quoi étaient morts nos anciens opérés. Nous n'avons pu le faire que de façon très fragmentaire; cependant, pour 30 malades, nous avons eu des renseignements précis, soit parce que nous les avons revus dans le service, soit parce que nous avons reçu des nouvelles détaillées par la famille ou le médecin traitant.

Sur ces trente malades, nous trouvons, mises à part deux affections intercurrentes (une asystolie et une pleurésie purulente) :

- 6 généralisations péritonéales,
- 6 généralisations avec métastases hépatiques,
- 5 métastases hépatiques,
- 3 ictères par récidives ganglionnaires du pédicule hépatique,
- 3 métastases ovariennes (Kruckenberg),
- 2 récidives dans la paroi abdominale,
- 2 récidives ganglionnaires pré-pancréatiques,
- 1 *récidive sur la bouche gastro-jéjunale* constatée opératoirement.

Ainsi donc la récidive sur la tranche gastrique restante, argument majeur des partisans de la gastrectomie totale de principe, nous semble, dans notre statistique person-

nelle, exceptionnelle, puisque nous ne l'avons observée qu'une seule fois. Les autres auteurs apprécient de façon très diverse ce risque : LEFÈVRE en 1950 rapporte 15 récurrences sur le moignon restant, LORTAT JACOB en observe 3. Mc NEER cite les observations de BRUNSCHWIG, OLENIG. KREMERS et PATTERSON, rapporte 4 observations personnelles et fournit enfin une statistique de 92 autopsies de malades opérés de cancer par gastrectomie subtotale : les récurrences loco-régionales siègent 46 fois au niveau de la suture gastro-jéjunale, soit dans 50 % des cas. Selon THOMSON et ROBINS les récurrences surviennent dans 30 % des cas sur le moignon gastrique. Pour notre part, répétons-le, nous ne l'avons observé qu'une fois sur les trente malades dont nous avons pu suivre l'évolution.

Tels sont donc les résultats que l'on peut espérer obtenir avec une gastrectomie subtotale, chez un cancéreux gastrique : 25 à 35 % de survie de plus de 5 ans, sans troubles importants du point de vue digestif. Voyons, maintenant, quels sont les résultats fournis par la gastrectomie totale.

RESULTATS FOURNIS PAR LA GASTRECTOMIE TOTALE

Il s'agit maintenant, dans les mains d'opérateurs bien entraînés, d'une opération bien codifiée, dont la mortalité, encore lourde, est néanmoins acceptable. Alain MOUCHET, s'appuyant sur de nombreuses statistiques récentes, la situe aux environs de 20 %.

En ce qui concerne les résultats éloignés fournis par la gastrectomie totale, nous avons été déçus de ne trouver dans la plupart des cas que des statistiques globales, peu détaillées, ne séparant pas de façon nette les gastrectomies totales de nécessité des gastrectomies totales de principe.

Dans l'ensemble ces résultats globaux sont assez décevants :

	Survie de 3 ans	Survie de 5 ans
SWEET	20 %	7 %
REMIANE et PRIESTLEY ..	21 %	18 %
FLETCHER		5,2 %
RANSOM		6 %
TROELL	12 %	
LAHEY	21 %	
FINSTERER		32 %
PACK et Mc NEER		34,4 %

Mais il ne faut pas oublier que sont mélangées dans ces statistiques les gastrectomies de principe et les gastrectomies de nécessité faites pour de volumineuses tumeurs vues à un stade très tardif, véritable chirurgie de désespoir, qui doit grever lourdement la mortalité éloignée.

A. MOUCHET sur 22 gastrectomies totales de principe pour néoplasme antro-pylorique a des résultats éloignés beaucoup moins favorables que ceux obtenus par la gastrectomie subtotale.

LORTAT-JACOB a fait 20 gastrectomies totales élargies de principe, mais le recul est encore insuffisant pour pouvoir juger des résultats.

REMIÉ et PRIESTLEY sur 10 gastrectomies totales de principe n'ont qu'un survivant au bout de 5 ans.

L'explication de ces résultats médiocres réside peut-être dans la gastrectomie totale elle-même, opération extrêmement mutilante, ce que dénonce notamment DECKERS, et au sujet de laquelle DESLOYERS écrit : « Elle crée parfois des états de dénutrition dont l'importance n'a d'équivalent que notre impuissance à la combattre. » Il est certain que de tels opérés sont des individus extrêmement fragiles dont l'inconfort digestif est certain, ainsi qu'en témoignent les nombreux procédés de création d'un « néogastre ».

Pour conclure, mises à part les indications absolues, de nécessité, la gastrectomie totale ne semble pas devoir s'imposer comme intervention de routine dans le cancer de l'estomac jusqu'à ce que des statistiques plus étoffées permettent de répondre à la question posée par LORTAT-JACOB lui-même : « La gastrectomie totale de principe est-elle une utopie, une mauvaise action ou un acte de foi raisonnable ? »

Dans l'état actuel des choses, il semble encore raisonnable de penser que « c'est moins de l'amélioration des techniques d'exérèse que de la précocité du diagnostic que dépendra en fin de compte la guérison définitive des opérés ».

CONCLUSIONS

Le présent travail rapporte la statistique personnelle du service du Docteur PEYCELON concernant 382 cancers gastriques observés de 1930 à 1954.

Le taux d'exérèse est de 44 % (6 gastrectomies totales, 164 gastrectomies subtotaies).

La mortalité opératoire de la gastrectomie subtotale s'élève à 30 %.

L'étude des résultats éloignés de la gastrectomie subtotale a montré que les pourcentages de survie éloignés sont les suivants : 37 % de survie de 3 ans, et 25 % de survie de 5 ans.

Dans l'ensemble, les résultats éloignés de la gastrectomie subtotale semblent supérieurs à ceux fournis par la gastrectomie totale, aussi bien du point de vue vital que du point de vue fonctionnel.

Vu :

LE DOYEN,
H. HERMANN.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THESE,
GABRIELLE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 18 octobre 1955.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
A. ALLIX.

BIBLIOGRAPHIE

Nous renvoyons jusqu'en 1950 à la bibliographie du rapport au Congrès de Chirurgie de LEFÈVRE et LORTAT-JACOB (Congrès Français de Chirurgie 1950 : Indications et résultats de la gastrectomie totale dans le Cancer de l'estomac).

- AANESSEN. — Follow up examinations of thoraco abdominal radical operations for carcinoma of the stomach. *Acta Chir. Scandinav.*, 104, 14-32, 1952.
- ALLEN. — Cancer of the stomach. Editorial. *Surg. Gyn. Obst.*, 92, 757-759, 1951.
- ALVAREZ. — Mortality and survival rates of patients with cancer of the stomach. Editorial. *Gastroenterology*, 22, 136-138, 1952.
- ANDERSON, DOCKERTY, GRAY. — A clinical and pathological study of the significance of malignant pyloric obstruction on post resection prognosis. *Surg. Gyn. Obst.*, 95, 85-92, 1952.
- ANGLEM. — Fifteen years survival after total gastrectomy for cancer; report of a case. *Ann. Surg.*, 139, 368-370, 1954.
- ANTHUN. — Carcinoma of stomach. An analysis and follow up of 525 cases. *Acta Chir. Scandin.*, 104, 1-13, 1952.
- AUBERT. — A propos de 76 gastrectomies totales. Thèse Paris 1954.
- BERKSON, WALTERS, GRAY, PRIESTLEY. — Mortality and survival in cancer of the stomach; a statistical summary of the experience of the Mayo Clinic. *Proc. Staff Meet Mayo. Clinic.*, 27, 137-151, 1952.
- BLACK, OPLER, SPEER. — Microscopic structure of gastric carcinomas and their regional lymph nodes in relation to survival. *Surg. Gyn. Obst.*, 98, 725-734, 1954.
- BLANC. — Etude des limites d'exérèse pour cancer antropylorique. Thèse Paris 1951.
- BOYCE et FITZHERBERT. — Carcinoma of stomach; comparison of three series of surgical cases in large general hospital. *J.A.M.A.*, 151, 15-20, 1953.

- BROWN et KANE. — Carcinoma of the stomach; review of 406 cases seen from 1940 to 1945 : operability, resectability, and curability. *Gastroenterology*, 22, 64-79, 1952.
- BRYANT, GROSBY, PERRY et BEAN. — Cancer of the stomach. A survey of 411 cases *Canad. M. A. J.*, 69, 610-613, 1953.
- BUISSERET. — Position actuelle de la chirurgie du cancer gastrique. *Le Scalpel*, an 107, 27-38, 1954.
- DAHL-IVERSEN. — L'ulcéro-carcinome de l'estomac et son importance pour l'indication chirurgicale. *Lyon Chir.*, 45, 837-842, 1950.
- DECKER. — Réflexions à propos de la gastrectomie totale. *Jour. Int. Chir.*, II, 28-43, 1951.
- DELANNOY, VERHAEGHE et DEVAMBEL. — Etude statistique sur 300 cancers de l'estomac. *Lille Chir.*, 7, 220-226, 1952.
- DELORE et MALLET-GUY, BURLET. — Résultats éloignés des gastrectomies pour cancer. *Lyon Chir.*, 23, 681-742, 1926.
- DESJACQUES et GILBERTAS. — Sur le Cancer de l'estomac. *Lyon Chir.*, 43, 685-692, 1948.
- DUCUING, GRIMAUD, LAPEYRÈRE. — Contribution à l'étude du traitement du cancer de l'estomac. *Arch. Mal. App. Dig.*, 41, 1000-1001, 1952.
- EKER. — Carcinomas of the stomach. Investigation of the lymphatic spread from gastric carcinomas after total and partial gastrectomy. *Acta Chir. Scand.*, 101, 112-126, 1951.
- EYER et EFSKIND. — Investigations on the intramural spread of gastric carcinoma. *Acta path. et microbiol. scand.*, 30, 371-383, 1952.
- FINSTERER. — My experience with total gastrectomy. *J. Internat Coll. Surgeons*, 13, 675-686, 1950.
- Indikations Stellung zur operativen Behandlung des Magenkrebses. *Der Krebsarzt*, 7, 74-80, 1952.
- FLETCHER. — The present status of total gastrectomy in the treatment of gastric cancer. *Surgery*, 30, 403-435, 1951.
- GUISS. — End results for gastric cancer 2891 cases. *Internat Abstract Surg.*, 93, 313-331, 1951.
- GUTGEMANN. — Totale gastrektomie beim Magencarcinom. *Chirurg.*, 23, 474-482, 1952.
- HARVEY, TITHERINGTON, STOUT et ST-JOHN. — Gastric carcinoma. Experience from 1916 to 1949 and present concepts. *Cancer*, 4, 717-725, 1951.

- HASNER et SOERENSEN. — Importance diagnostique et thérapeutique de la microscopie sous congélation des ganglions lymphatiques dans le carcinome gastrique. *Lyon Chir.*, 47, 443-446, 1952.
- HOERNER. — Total gastrectomy. *Am J. Surg.*, 86, 646-652, 1953.
- JEMERIN et COLP. — Gastric carcinoma. A statistical study based on 344 cases from 1938 through 1947. *Surg. Gyn. Obst.*, 95, 99-112, 1952.
- KIRSCHNER et GARLOCK. — An appraisal of surgical treatment of gastric malignancy. *Ann. Surg.*, 138, 1-12 1953.
- KLASS. — Carcinoma stomach. The case for total gastrectomy. *Canad M. A. J.*, 68, 350-353, 1953.
- LAHEY, MARSCHALL. — Should total gastrectomy be employed in early carcinoma of the stomach. *Am. J. Surg.*, 132, 540-560, 1950.
- LAHEY. — Total gastrectomy for all patients with operable cancer of the stomach. *Surg. Gyn. Obst.*, 90, 246-249, 1950.
- LAWTON, FILDES, SEIDMAN. — Cancer of the stomach. *Am. J. Surg.*, 81, 221-231, 1951.
- LENA et MARTIN-LAVAL. — Etude statistique des opérations d'exérèse dans le cancer gastrique. *Marseille Chir.*, an 2, 363-369, 1950.
- LERICHE. — Résultats du traitement chirurgical du cancer gastrique. Thèse Lyon.
- LORTAT-JACOB. — Les récidives locales du cancer de l'estomac. Leur incidence sur les principes des gastrectomies pour cancer. *Sem. Hôpit. Paris*, 28, 2239-2244, 1952.
- LORTAT-JACOB. — La gastrectomie totale de principe dans le cancer de l'estomac : utopie, mauvaise action ou acte de foi raisonnable? *Gaz. Med. France*, 53, 957-960, 1951.
- MARTIN-LAVAL. — Contribution à la chirurgie d'exérèse pour le cancer de l'estomac. Thèse Marseille, 1950.
- Mc NEER, BOOHER et BOWDEN. — The resectability of recurrent gastric carcinoma. *Cancer*, 3, 43-55, 1950.
- Mc NEER, VANDENBERG, DONN, BOWDEN. — A critical evaluation of subtotal gastrectomy for the cure of cancer of the stomach. *Ann. Surg.*, 134, 2-7, 1951.
- MORRIS. — Carcinoma of stomach. *Am. J. Surg.*, 86, 216-221, 1953.
- MOUCHET (Alain), MARQUAND, CAMEY, AUBERT. — Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac par gastrectomie totale (82 gastrectomies totales sur 166 cancers gastriques opérés de 1948 à Juin 1954). *Mem. Acad. Chir.*, 80, 782-795, 1954.

- MYRHE. — Superficial spreading type of carcinoma of the stomach. *Acta Chir. Scand.*, 106, 392-398, 1953.
- NATALE. — La gastrectomia totale. Alcune considerazioni sulle indicazioni, sulla tecnica e sui risultati da casistica personale. *Arch. Ital. Chir.*, 73, 33-63, 1950.
- OSCHNER et BLALOCK. — Carcinoma of stomach; necessity for reevaluation of therapeutic philosophy. *J. A. M. A.*, 151, 1377-1384, 1953.
- PACK. — Cancer of the stomach : twenty years cures; report of two cases. *Surgery*, 35, 920-924, 1954.
- PENITSCHKA. — Ergebnisse der operativen Behandlung des Magenkrebses während eines zeitraumes von 20 Jahren on der Bonner Chirurgischen Universitätsklinik. *Arch. Klin. Chirurg.*, 266, 582-596, 1950.
- PEYCELON, REPLUMAZ et CHARNAY. — Statistique de gastrectomie sub-totale pour cancer. *Société de Gastroentérologie lyonnaise*, Février 1955, à paraître in *Arch. Mal. App. Dig.* 1955.
- QUENU et PERROTIN. — Cent-vingt gastrectomies pour cancer dont vingt totales. *Rev. Chir.*, an 71, 129-150, 1952.
- RAFFI et KELLEY. — The five yeard survival rate for gastric cancer. A statistical study from the Syracuse Medical Center. *Cancer*, 6, 756-759, 1953.
- RANSOM. — Cancer of the stomach. *Surg. Gyn. Obst.*, 96, 275-287, 1953.
- REMINE et PRIESTLEY. — Late results after total gastrectomy. *Surg. Gyn. Obst.*, 94, 519-525, 1952.
- RUDLER. — Deux gastrectomies totales pour cancer datant de plus de 5 et 6 ans. *Mem. Acad. Chir.*, 79, 411, 1953.
- SAFAR et CLIFFTON. — Carcinoma of the stomach. A review of 161 cases treater ath the New Haven Hospital from January 1911 to December 1946 and a comparison with two previous series 1920-1930 and 1931-1940. *Cancer*, 6, 1165-1173, 1953.
- SUNDERLAND, Mc NEER, ORTEGA et PEARCE. — The lymphatic spread of gastric cancer. *Cancer*, 6, 987-996, 1953.
- SWEET. — Total gastrectomy by the transthoracic approach. *Ann. Surg.*, 138, 297-310, 1953.
- THOMSON et ROBINS. — Local recurrence following subtotal resection for gastric carcinoma. *Surg. Gyn. Obst.*, 95, 341-344, 1952.

- TONELLI et FAVACHIO. — Studio dei fattori morfologici connessi con la sopra vvivenza altre i 5 anni dall intervento nel carcinoma gastrico. *Il Policlinico*, 59, 65-105, 1952.
- TROELL. — Total gastrectomy or not in cancer. *Acta Chir. Scand.*, 104, 341-347, 1952.
- WALTERS et BERKSON. — An improvement of 180 % in the five year survival rate of patients with carcinoma of the stomach. *Ann. Surg.*, 137, 884-889, 1953.
- WALTERS, GRAY et PRIESTLEY. — Advances in the surgical treatment of cancer of the stomach. *Proc. Staff. Meet. Mayo. Clinic.*, 27, 156-161, 1952.
- WELTI et PDIYÉL. — Gastrectomie subactile pour cancer de l'estomac récidivant. *Arch. Mal. App. Dig.*, 42, 383-394, 1953.
- WEST et FENGER. — The results of total gastrectomy for cancer of the stomach. *Ann. Surg.*, 135, 497-499, 1952.

